ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 34 (51). Rocznik II. | Kraków, 24. 8. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Nowe przepisy prawne dla lekarzy w ubezpieczeniu społecznym w Generalnym Gubernatorstwie

Napisał: Landesamtmann Görlich, Z. U. S. w Warszawie

Wydane w dniu 24 czerwca 1941 r. przez Kierownika Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa „Zasady Ogólne" w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy ubezpieczalni społecznych uregulowały również na nowo w sensie niemieckiej administracji przepisy służbowe dla lekarzy ubezpieczalni w Generalnym Gubernatorstwie. Zasady te wchodzą w życie z ważnością od 1 stycznia 1941 r. na miejsce obowiązujących od 1 stycznia 1939 r. polskich zasad ogólnych w sprawie umów pomiędzy ubezpieczalniami i lekarzami z 24 lutego 1939 r. i mają tę wyższość nad tymi ostatnimi, że regulują w formie krótszej i ściślejszej stosunki prawne pomiędzy lekarzami i ubezpieczalniami społecznymi.

Przewidziane w polskich przepisach służbowych dla lekarzy ubezpieczalni komisje w sprawie powoływania, badania uchybień i zwalniania lekarzy (komisja kwalifikacyjna, komisja specjalna, komisja administracyjna) zostały w nowych przepisach zniesione. Czynności tych komisji zostały zastąpione przez decyzję kierownika ubezpieczalni, podejmowane w porozumieniu z lekarzem naczelnym, przez oświadczanie się lub wysłuchanie Okręgowej Izby Zdrowia, lub przez ostateczne decyzje Kierownika Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa.

Nowe zasady ogólne mają zastosowanie do wszystkich lekarzy, zatrudnionych w ubezpieczalniach społecznych w Generalnym Gubernatorstwie. Wyjątki stanowią tylko lekarze, zatrudnieni bezpośrednio w administracji ubezpieczalni społecznych (lekarz naczelny i jego zastępca, referenci lecznictwa i lekarze administracyjni) oraz lekarze naczelni i asystenci, zatrudnieni we własnych szpitalach i zakładach leczniczych ubezpieczalni (sanatoria, ambulatoria, zakłady rentgenologiczne i t. p.). Do tych grup lekarzy mają zastosowanie ogólne przepisy służbowe dla personelu administracyjnego ubezpieczalni społecznych, które już wcześniej zostały uregulowane przez niemieckie władze w drodze ogólnej taryfy płac oraz uzupełnione szczególną taryfą płac dla ubezpieczalni społecznych na obszarze Generalnego Gubernatorstwa. W nowych zasadach zaznaczono, że w razie przejścia lekarza ubezpieczalni do działalności administracyjnej, obowiązują wobec niego od tej chwili przepisy służbowe dla pracowników administracyjnych, w przypadkach zaś odwrotnych — zasady ogólne. Przepis ten był konieczny, gdyż lekarz z chwilą swojego przejścia z jednej grupy do drugiej musi ze względu na różnorodność swego stosunku prawnego do ubezpieczalni społecznej zostać podporządkowany bądź przepisom służbowym, bądź też zasadom ogólnym.

Dotychczasowe prawo polskie brało za punkt wyjścia umowę zbiorową pomiędzy lekarzami a ubezpieczalnią społeczną. Umowę zbiorową zawierał z ubezpieczalnią społeczną miejscowy związek zawodowy lekarzy, w imieniu lekarzy zatrudnionych w jego okręgu działania. Tylko w takich miejscowościach, w których nie istniał związek zawodowy lekarzy, zawierano, w miejsce umowy zbiorowej, umowę indywidualną. W odróżnieniu od tego nowe przepisy dla lekarzy znają tylko umowę indywidualną, a więc bezpośredni stosunek umowny między lekarzem a ubezpieczalnią społeczną. W umowie indywidualnej powinny być zawarte w szczególności postanowienia, dotyczące miejsca pracy, działalności, czasu pracy, wynagrodzenia i okresu wypowiedzenia. Podstawą umowy indy-

widualnej są zasady ogólne z dn. 24. VI. 1941 r., które stanowią zatem istotną część składową umowy indywidualnej. Dla umowy indywidualnej przewidziany został jednolity wzór. Stosownie do postanowień przejściowych nowych zasad ubezpieczalnie społeczne powinny w ciągu 6 tygodni od wydania tych zasad zaproponować zatrudnionym u nich lekarzom zawarcie umowy indywidualnej w terminie 3 -miesięcznym. Termin ten biegnie od chwili doręczenia lekarzowi ubezpieczalni zawiadomienia. Jeżeli w zakreślonym terminie lekarz nie oświadczy gotowości zawarcia umowy indywidualnej, wówczas dotychczasową umowę uważa się za rozwiązaną z upływem tego terminu. Z wydaniem zarządzenia, regulującego sprawę odpraw, należy liczyć się w najbliższym czasie.

Ze względu na ważność działalności lekarza ubezpieczalni dla ogólnego kierownictwa zdrowia publicznego i dla zatrudniającej go ubezpieczalni społecznej, musi się wymagać określonych warunków przydatności lekarza pod względem kwalifikacji fachowych i osobistych. Warunkiem w pierwszym rzędzie jest, aby lekarz był wpisany do spisu lekarzy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie; poza tym musi on udowodnić dostateczne doświadczenie lekarskie. U lekarzy domowych (praktyków) wymaga się wykazania poza jednoroczną praktyką, co najmniej dwuletniej pracy szpitalnej, a to na oddziale wewnętrznym, położniczym, chirurgicznym i na innych oddziałach, zaś u lekarzy-specjalistów wymaga się udowodnienia w drodze urzędowego poświadczenia posiadania wymaganego przygotowania i uprawnienia do wykonywania działalności lekarza-specjalisty. Dalszym warunkiem jest, aby lekarz ubezpieczalni był bez zarzutu pod względem moralnym. Po zorganizowaniu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych odpowiednich kursów, nowo angażowany lekarz ubezpieczalni będzie musiał się wykazać wystarczającą znajomością higieny społecznej i profilaktyki oraz znajomością głównych zarysów przepisów ustawodawstwa ubezpieczeniowego, niezbędnych w jego pracy.

Konkurs na wolne posady lekarzy ubezpieczeniowych przeprowadza się przez ogłoszenie w „Dzienniku Urzędowym Izby Zdrowia“. Napływające zgłoszenia należy przesłać Okręgowej Izbie Zdrowia, która wypowiada się o kwalifikacjach poszczególnych kandydatów. Spośród kandydatów, przeciwko którym Okręgowa Izba Zdrowia nie podniosła zastrzeżeń, dokonywuje wyboru lekarz naczelny, przy czym w pierwszym rzędzie bierze się pod uwagę tych lekarzy, którzy dawniej już czynni byli w ubezpieczalni społecznej. Specjalnie uwzględniani powinni być lekarze, mający stałe miejsce zamieszkania w miejscowości, w której wolne jest stanowisko lekarza ubezpieczalni, o ile, oczywiście, posiadają oni warunki ogólne, wymagane na to stanowisko. Przyjęcia lekarza dokonywuje kierownik ubezpieczalni społecznej. Jeżeli Okręgowa Izba Zdrowia zajmuje wobec jednego z kandydatów stanowisko odmowne, podczas gdy ubezpieczalnia społeczna z pewnych względów chciałaby tego lekarza zaangażować, wówczas ubezpieczalnia składa przez właściwego szefa okręgu — wydział pracy — sprawozdanie do Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatora, który w porozumieniu z lekarzem-doradcą rozstrzyga sprawę ostatecznie.

Rozpisania konkursu nie wymaga się, jeżeli lekarz ma być zaangażowany na krótki określony czas, lub też dla dokonania określonej czynności. Takie zatrudnienie jednak nie może trwać dłużej, niż 6 miesięcy. Przejściowe zatrudnienie lekarzy o niższych kwalifikacjach zawodowych na czas nie dłuższy niż 6 miesięcy dopuszczalne jest również wówczas, gdy w drodze konkursu nie zdołano znaleźć lekarza odpowiadającego w pełni kwalifikacjom fachowym. Jeżeli powtórnie rozpisany konkurs na wolne stanowisko również nie da wyniku, to chwilowo zatrudniony lekarz może nadal pełnić swe czynności, aż znajdzie się możliwość innego obsadzenia tego stanowiska.

Według nowych zasad lekarze ubezpieczalni dzielą się na takich, z którymi umowę zawarto na czas nieograniczony i w stosunku do których mają zastosowanie zasady ogólne, oraz na takich, którzy zatrudnieni są tylko przejściowo na określony czas lub dla wykonania określonej pracy, jednak na okres nie dłuższy, niż 6 miesięcy. Do tej drugiej grupy lekarzy zasady ogólne mają zastosowanie tylko o tyle, o ile przepisy te odnoszą się do ograniczonego czasowo zatrudnienia, lub o ile zawierają ogólne zasady działalności lekarzy ubezpieczalni.

Nowe zasady nakładają na lekarza między innymi obowiązek sumiennego i starannego spełniania swoich czynności dla dobra ubezpieczonych zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej i postanowieniami umowy z uwzględnieniem możliwości ubezpieczalni społecznej, oraz zapoznania się z ogólnymi przepisami sanitarnymi ubezpieczenia społecznego, dotyczącymi czynności lekarza ubezpieczalni społecznej. Bezpośrednim zwierzchnikiem służbowym jest lekarz naczelny ubezpieczalni, do którego poleceń lekarz ubezpieczalni powinien się stosować.

Zasady przewidują, że stosownie do postanowień umowy lekarz ubezpieczalni ma wypełniać swoje czynności we wskazanym mu miejscu i w przewidzianym czasie. Dalej zasady zawierają postanowienia co do zmiany umowy w czasie jej trwania, zmiany dotyczącej miejsca i czasu pełnienia pracy, oraz podziału godzin pracy w dotychczasowym zakresie czynności, co może nastąpić bądź w drodze porozumienia między lekarzem naczelnym a lekarzem ubezpieczalni, bądź w drodze zarządzenia lekarza naczelnego po zakreśleniu odpowiedniego terminu, bądź też na wniosek lekarza ubezpieczalni. Lekarz ubezpieczalni, jeżeli nie zgadza się na tego rodzaju zmianę umowy, może, zachowując umowny termin wypowiedzenia, wypowiedzieć umowę. Jeżeli z powyższych względów ubezpieczalnia społeczna rozwiązuje umowę, lekarz ubezpieczalni może się odwołać do właściwego wydziału pracy w urzędzie właściwego szefa okręgu. Wreszcie zasady zawierają również postanowienia o wzajemnych prawach stron umawiających się w przypadku koniecznego przeniesienia lekarza ubezpieczalni w okręgu działalności ubezpieczalni, czego mogą wymagać specjalne względy (zmiana liczby ubezpieczonych i t. d.). Przeniesienie musi być zapowiedziane na trzy miesiące naprzód. W razie niezgodzenia się lekarza na przeniesienie, umowa może być rozwiązana z upływem wyznaczonego trzymiesięcznego terminu. Lekarz ma w tym wypadku prawo odwołania się do wydziału pracy w urzędzie szefa okręgu. W razie przeniesienia, wynagrodzenie lekarza nie może być obniżone w ciągu roku od daty przeniesienia.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy służbowej, która obejmuje również tajemnicę lekarską,

przy czym podkreślono, że zachowanie tej tajemnicy obowiązuje również i po rozwiązaniu umowy.

Lekarze ubezpieczalni, również i pełno-zatrudnieni, mają prawo do wykonywania praktyki prywatnej, o ile nie cierpi na tym opieka nad ubezpieczonymi. Ubezpieczonych nie wolno im leczyć jako pacjentów prywatnych. Lekarze niepełno-zatrudnieni oraz lekarze zatrudnieni przejściowo, o ile nie są pełno-zatrudnieni, mogą wykonywać płatne zajęcie uboczne za zezwoleniem ubezpieczalni społecznej w myśl obowiązujących przepisów. Wreszcie, w razie zapotrzebowania i przy zaistnieniu specjalnych okoliczności lekarz powinien wydawać bezpłatnie chorym ubezpieczonym i członkom ich rodzin leki, dostarczane mu przez ubezpieczalnię społeczną. Powinien on również utrzymywać i uzupełniać instrumentarium potrzebne i wystarczające do wykonywania swych czynności. W zakresie swoich obowiązków umownych powinien zawiadamiać lekarza naczelnego o zauważonych przez siebie nadużyciach przy roszczeniach o świadczenia i t. p.

Wynagrodzenie lekarzy ubezpieczalni wyznaczono w załączniku do zasad ogólnych tylko dla pełno-zatrudnionych lekarzy. Wynagrodzenie to polepsza znacznie warunki życiowe lekarzy ubezpieczalni. Oprócz właściwego uposażenia lekarze, którzy czynności na rzecz ubezpieczalni wykonują we własnych gabinetach lekarskich, otrzymują ryczałt na pokrycie wynikających stąd kosztów. Dla niepełno-zatrudnionych lekarzy ustala się wynagrodzenie i zwrot ryczałtu za użycie własnego gabinetu lekarskiego w rzeczywistym stosunku pracy w porównaniu do pełnozatrudnionych lekarzy, o ile nie zachodzi uregulowanie ogólne. Na ogół okręg lekarza domowego powinien obejmować 800—1000 ubezpieczonych, jednakże możliwe są pewne odchylenia od tej zasady, wynikające zwłaszcza z warunków miejscowych.

Zasady zawierają również postanowienia o zwrocie kosztów i t. p. przy podróżach służbowych, przeniesieniach, o urlopie wypoczynkowym; wszystkie te przepisy mają swoje źródło w ogólnych postanowieniach regulujących te kwestie; zasady te regulują również sprawę wypłaty zapomogi dla pozostałych członków rodziny w razie rozwiązania stosunku służbowego wskutek śmierci lekarza. Uregulowano również sprawę dalszego płacenia lekarzowi wynagrodzenia w czasie niezdolności do pracy, zwłaszcza jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła wskutek wykonywania zawodu, przy czym zasiłek chorobowy zalicza się na płacone nadal uposażenie.

Wreszcie zasady zawierają przepisy o terminie wypowiedzenia, który wynosi ogólnie 6 tygodni przed końcem kwartału, przepisy o rozwiązaniu umowy w innych wypadkach, oraz przepisy o natychmiastowym rozwiązaniu umowy. W przypadku wypowiedzenia umowy przez ubezpieczalnię społeczną należy zasięgnąć opinii Okręgowej Izby Zdrowia. W danym razie rozstrzyga także ostatecznie Kierownik Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa.

Nowe przepisy służbowe dla lekarzy opierają stosunki prawne między lekarzami a ubezpieczalnią społeczną na podstawie odpowiadającej niemieckiej administracji ubezpieczeń społecznych w Generalnym Gubernatorstwie i stosunkom panującym w Gubernatorstwie, oraz regulują stosunek między lekarzami ubezpieczalni a Wydziałem Zdrowia.

Z pogranicza symptomatologii czerwonki

Napisał: Prof. Dr. Tadeusz Tempka, Kraków.

(Ciąg dalszy)

Przeciw czynnikom **toksyczno-zakaźnym** będziemy podawać doustnie np. rivanol, yatren, stowarsol, ewentualnie, zależnie od stanu jelita i krwi, przetwory sulfamidowe, a więc antystreptynę, septazynę, prontosil, infektosan; w postaci lawatyw możemy stosować przetwory srebrowe. Najważniejszym jednak ze środków tej grupy jest żelazo w postaci *ferrum reductum,* stosowane doustnie w dużych dawkach dochodzących do 10 g dziennie. Mechanizm leczniczy żelaza polega w tym wypadku nie tylko na działaniu leczącym niedokrwistość, mającą w tym schorzeniu właśnie cechy asyderotyczne, lecz ma on równocześnie zmieniać florę bakteryjną na niekorzyść bakteryj chorobotwórczych, jak prątek okrężnicy, strepto- i stafilokoki. Z własnego doświadczenia mogę potwierdzić dodatnie działanie tej ferroterapii, stosowanej w dużych dawkach i przez okres szeregu tygodni. Przeciw czynnikowi toksyczno-zakaźnemu służyć może również nieswoiste leczenie bodźcowe, tak białkami jak i w postaci metali w roztworach koloidalnych. Wreszcie przeciwzakaźnie będzie działać witamina C, stosowana zwłaszcza dożylnie w dużych dawkach, około 300—500 mg dziennie.

Przeciw **biegunkom i owrzodzeniom** podajemy doustnie środki ściągające, jak np. tannalbina, dermatol, nadto uzarę oraz przetwory makowca; również możemy podać lawatywy z krochmalu lub dermatolu z dodatkiem nalewki makowca. Ponad to można spróbować podawanie amidu kwasu nikotynowego.

Przeciw **stanom kurczowym** jelit podajemy papawerynę, atropinę, bellafolinę, syntropan, octinum oraz dolantynę.

Przeciw **niedokrwistości** używamy wspomnianego już żelaza, nadto można zastosować pozajelitowo i przetwory wątrobowe.

Wreszcie do powyżej wymienionych środków można dołączyć jeszcze i torantil, najlepiej w injekcjach, o ile się przejmuje **allergiczne podłoże** cierpienia; w każdym razie można torantil zawsze zastosować, gdyż nigdy nie może przynieść szkody.

Poza tym stosujemy ciepłe okłady na brzuch, oczywiście poza okresem krwawień, oraz, przy dużej utracie płynów wskutek biegunek, wlewania soli fizjologicznie. Rzecz prosta, że w cięższym przebiegu nie obejdziemy się bez środków nasercowych.

Ostatnio cieszą się dużym powodzeniem częste i dość obfite przetaczania krwi w ilości 200—300 i więcej cm³ co kilka dni.

Jeżeli całe to powyżej szkicowane leczenie nie wiedzie do wyraźnej poprawy w ciągu kilku tygodni, a tym bardziej, gdy mimo leczenia następuje pogorszenie, przystępujemy do **leczenia chirurgicznego,**

które ma na celu z jednej strony możność bezpośredniego zastosowania leków na chorą błonę śluzową okrężnicy, z drugiej zaś strony, co ważniejsze, ma za cel wyłączenie chorej części jelita spod drażniącego wpływu kału. Do pierwszego celu służy appendiko- względnie cekostomia, do drugiego celu, który obejmuje równocześnie i cel pierwszy, służy *anus praeternaturalis,* założony oczywiście powyżej miejsca chorego. Do bezpośredniego zadziałania na chorą błonę śluzową poprzez otwór chirurgicznie założony, a więc do przepłukiwania jelita, służy przede wszystkim rozczyn fizjologiczny soli kuchennej, napar rumianku, rozczyn azotanu srebra, yatrenu oraz dermatolu. Leczenie takie trwa długo, do roku i dłużej; w każdym razie zamknięcie sztucznego otworu może nastąpić dopiero wtedy, gdy ciecz przepłuczynowa jest stale wolna zupełnie od ropy, śluzu i krwi, a ogólne objawy, oraz stolec, wskazują na ustąpienie choroby.

Ograniczone zapalenie końcowego odcinka jelita biodrowego o nieznanym tle.

Ileitis regionalis non specifica.

W tej pierwszej grupie schorzeń o cechach czerwonkowatych należy obok *Colitis ulcerosa* postawić przede wszystkim **„ograniczone zapalenie końcowego odcinka jelita biodrowego o nieznanym tle"** *(Ileitis regionalis non specifica).* Ten obraz kliniczny zasługuje na omówienie nie tylko ze względu na omawiany tu temat, mający przedstawić schorzenia mogące być przyczyną pomyłek rozpoznawczych odnośnie do czerwonki, ale i dlatego, że jest to schorzenie, nie opisane dotychczas w piśmiennictwie europejskim, o ile mi przynajmniej wiadomo przy uwzględnieniu dzisiejszych warunków wymiany myśli lekarskiej — schorzenie o tyle ważne, że wiedzieć o nim powinien tak internista jak i chirurg. Na cierpienie to zwrócili krytycznie uwagę i podnieśli je do godności jednostki klinicznej w r. 1932 badacze amerykańscy, w pierwszym rzędzie Crohn, Rosenak, Ginzburg i Oppenheimer; ogólna ilość spostrzeganych przez nich przypadków wynosiła do r. 1936: 60.

Na *ileitis regionalis* zapadają głównie **ludzie młodzi,** przeważnie poniżej lat 40, mężczyźni znacznie częściej niż kobiety. **Początek** tej choroby bywa niekiedy nagły wśród objawów zadrażnienia otrzewnej w okolicy prawego talerza biodrowego, tak że przed zabiegiem niemożliwe jest odróżnić te przypadki od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przeważnie jednak początek jest raczej podostry lub przewlekły, przy czym we **wywiadach** stwierdzamy skargi na osłabienie, brak łaknienia, gorączkę, biegunkę z bólami kurczowymi brzucha oraz spadek wagi ciała. Objawy te okazują różną rozpiętość zależnie od nasilenia sprawy chorobowej; ważnym względnie ciekawym szczegółem jest, że co najmniej w połowie tych przypadków wykonano już poprzednio appendektomię, która nie przyniosła żadnej poprawy, co świadczy, że zachodziła tu pomyłka rozpoznawcza ze strony chirurga i internisty.

Przy **badaniu przedmiotowym** ogólnym stwierdzamy naprzód wyniszczenie oraz bladość powłok, świadczącą o **niedokrwistości,** przy czym spadek ilości hemoglobiny dochodził w przypadkach autorów amerykańskich niekiedy do 35%. Zasadnicze fizykalne zmiany występują w jamie brzusznej, mianowicie w okolicy prawego talerza biodrowego, czasem nieco więcej ku linii środkowej lub ku górze, wyczuwamy **guz** wielkości mniej więcej małej pomarańczy o nieregularnej powierzchni, twardy, słabo ruchomy. O istocie tego guza poucza nas wynik laparotomii z następowym badaniem anatomohistologicznym; otóż głównym siedliskiem zmian chorobowych jest **końcowy odcinek jelita biodrowego,** który jest zgrubiały i zaczerwieniony na długości około 25—35 cm, przy czym najwybitniejsze zmiany okazuje zastawka Bauhina, jednakże tylko od strony jelita biodrowego; chora pętla jest bardzo silnie zgrubiała, bo 2—3 krotnie w stosunku do warunków prawidłowych; błona śluzowa zajętego odcinka okazuje zmiany zapalne, głównie zaś owrzodzenia, mające około 1 cm średnicy, leżące przeważnie w osi długiej jelita od strony przyczepu krezki; błona podśluzowa i w mniejszym stopniu mięśniówka są siedzibą wybitnych zmian zapalno-wysiękowych i przerostowych. Wyrostek robaczkowy, o ile już nie został poprzednio usunięty, może wprawdzie okazywać zmiany otrzewnej, podobnie jak i zajęta część jelita biodrowego, jednakże błona śluzowa wyrostka nie okazuje żadnych zmian. Krezka chorego odcinka jest wybitnie zgrubiała i zawiera szereg obrzękłych gruczołów chłonnych. Cały ten proces zapalny słabnie zwolna w kierunku dośrodkowym, przechodząc stopniowo w prawidłowe jelito. Zastawka Bauhina staje się wskutek wciągnięcia jej w proces chorobowy niekiedy zupełnie sztywna, przy czym światło tak jej jak i całego zajętego jelita ulega wtedy wybitnemu zwężeniu i staje się nieregularne; następstwem tego zwężenia jest rozszerzenie bezpośrednio sąsiadującego zdrowego odcinka dośrodkowego jelita. W dalszym okresie rozwoju choroby zmiany wysiękowe ustępują miejsca zmianom włóknistym. Badanie drobnowidowe zajętych chorobowo części nie stwierdza żadnych charakterystycznych cech, stwierdza jedynie tylko rozmaite okresy zapalenia, mianowicie ostry, podostry i przewlekły. Przedstawiony tu stan anatomopatologiczny, mianowicie silnie zapalnie zgrubiały odcinek końcowy jelita biodrowego, zwłaszcza zaś zgrubiała zastawka Bauhina oraz odnośna część krezki, wszystko to razem składa się na ów guz, macalny przez powłoki, a także i *per rectum,* o którym to guzie już mówiłem.

Opisane tu zmiany tłumaczą najzupełniej tak wszystkie objawy kliniczne jak i przebieg schorzenia. Mianowicie zasadniczymi objawami wynikającymi z podłoża anatomicznego są: biegunka, tworzenie się przetok do sąsiednich narządów oraz zwężenie jelita biodrowego łącznie z zastawką Bauhina, ponad to zaś, jako następstwo tych wszystkich zmian, wspomniane już ogólne wyniszczenie i niedokrwistość.

Jednym z głównych objawów jest **biegunka;** przejawia się ona kilkoma w ciągu doby stolcami papkowatymi, rzadko wodnistymi, zawierającymi ropę, śluz i pasemka krwi; stolcom mogą towarzyszyć bóle kurczowe, natomiast ważnym objawem jest, w stosunku do *colitis ulcerosa* i czerwonki brak parcia na stolec. W późniejszych okresach choroby, gdy wystąpi zwężenie jelita biodrowego, przeważa oczywiście zaparcie stolca. Dalszym stałym objawem tego cierpienia to tworzenie się przetok, przebijających najczęściej do esicy, następnie do kątnicy i wstępnicy, niekiedy do zagięcia wątrobowego okrężnicy. Rzadziej tworzą się przetoki i do innych narządów ja-

my brzusznej. O ile chory odcinek jelita biodrowego jest połączony przetoką z esicą, natenczas cały ten guz zapalno-przerostowy leży więcej ku linii środkowej, o ile zaś połączenie przetokowe obejmuje kątnicę, wstępnicę lub zagięcie wątrobowe okrężnicy, guz leży więcej ku prawej stronie i ku górze. Następnym, bardzo częstym objawem jest **zwężenie tak dolnego odcinka jelita biodrowego jak i zastawki Bauhina,** wynikające z opisanych zmian anatomicznych. Wyrazem klinicznym tego zwężenia jest stawianie się najbliższego odcinka jelita biodrowego, często wśród wymiotów i bólów kurczowych, towarzyszących wypróżnieniom i ustających po oddaniu stolca. **Gorączka** jest tylko rzadko wysoka, czasem występują nawet dłuższe okresy bezgorączkowe, przegradzane krótkimi i nierównomiernie długimi okresami miernie wysokich wzniesień ciepłoty; niektóre przypadki przebiegają w ogóle bez gorączki. Z innych objawów stwierdzamy czasem nieznaczną leukocytozę.

Dane **rentgenologiczne** są o tyle charakterystyczne, że wlew barytowy daje obraz ujemny, gdyż, jak przedstawiłem, sprawa chorobowa ucina się ostro na zastawce B a u h i n a tak, że cała okrężnica, poza przetokami, zmian nie przedstawia, gdyż, jak podkreślają wspomniani autorzy, mimo przetok proces chorobowy nie przechodzi na okrężnicę. Natomiast przy podaniu zawiesiny kontrastowej *per os,* otrzymujemy obraz dodatni w postaci zwolnionego przechodzenia papki przez zwężony i zgrubiały dolny odcinek *ileum,* oraz w postaci rozszerzonych przyległych części tego jelita.

Etiologia tej *ileitis regionalis* jest zupełnie nieznana i stąd też nazwa *non specifica.* W szczególności należy podkreślić, że wszelkie badania tak anatomohistologiczne jak i bakterioserologiczne jak i wszelkie szczepienia materiału chorobowego na zwierzętach, łącznie z zakładaniem hodowli prątków gruźliczych modo L ö w e n s t e i n, dały we wszystkich przypadkach zupełnie ujemne wyniki co do gruźlicy, kiły, promienicy, ziarniaka złośliwego, mięsaka limfatycznego, raka i w ogóle nowotworów złośliwych. Całość obrazu klinicznego przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za tym, że tłem jego jest jakieś zakażenie, przy czym może tu odgrywać rolę również jakaś zmniejszona odporność tego odcinka jelit.

Przebieg cierpienia jest na ogół względnie łagodny, tak że chorzy, którzy przetrzymują konieczny tu zabieg operacyjny, czują się zupełnie dobrze.

Przy **rozpoznaniu** należy uwzględnić, że całokształt obrazu *Ileitis regionalis non specifica* jest podobny do obrazu *colitis ulcerosa* i tym samym do czerwonki. *Colitis ulcerosa* rozpoznajemy poza uwzględnieniem w pierwszym rzędzie całokształtu klinicznego, również tak na podstawie rektoromanoskopii jak i wyników badania rentgenologicznego, przy czym stwierdzamy zajęcie zasadniczo jedynie okrężnicy łącznie z esicą i prostnicą, gdyż tylko zupełnie wyjątkowo w bardzo ciężkim przebiegu może ulec przełamaniu zapora zastawki B a u h i n a, t. j. może ulec zajęciu również dolny odcinek jelita biodrowego na krótkiej przestrzeni. Natomiast w *ileitis regionalis* cała sprawa usadawia się właśnie stale dośrodkowo od zastawki Bauhina. Nadto objawy zwężenia tego odcinka i zastawki Bauhina oraz obecność przetok, które w przebiegu *colitis ulcerosa* są rzadkie i tylko w okolicy odbytnicy występują — pozwalają wykluczyć *colitis ulcerosa* a przyjąć *ileitis regionalis.* Poza *colitis ulcerosa cryptogenes,* oraz poza czerwonką, należy w rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić promienicę, zwłaszcza ze względu na obecność przetok; rozstrzyga tu oczywiście obecność grzybków promienicy. Tak samo wykluczyć należy gruźlicę tego odcinka przewodu pokarmowego. Inne sprawy chorobowe tej okolicy wchodzące w zakres rozpoznania różniczkowego, jak *appendicitis chronica plastica,* mięsak limfatyczny, ziarniak złośliwy, rak, gruźlica krezki, mogą być rozpoznane właściwie tylko na stole operacyjnym, względnie sekcyjnym, przy równoczesnym badaniu histologicznym.

Rokowanie u chorych, którzy poddają się zabiegowi chirurgicznemu jest dobre, gdyż o ile przetrzymują sam zabieg, powracają następnie do zdrowia.

Leczenie internistyczne jest tylko objawowe, jednakże zupełnie zawodzi; właściwe zaś leczenie jest chirurgiczne, polegające na zupełnym usunięciu chorych części jelita, a więc nie tylko chorego odcinka jelita biodrowego ale i zastawki B a u h i n a oraz kątnicy, z założeniem oczywiście odpowiedniego zespolenia odnośnych pętli jelitowych. Usunąć należy bezwzględnie wszystkie chore części, gdyż przeciwnie nawrót jest nieuchronny. Odpowiednio wykonany zabieg chirurgiczny powoduje zupełny powrót do zdrowia.

Ograniczone zapalenie końcowego odcinka jelita biodrowego o nieznanym tle, z równoczesnym wrzodziejącym zapaleniem okrężnicy.

(A combined form of ileitis and colitis.)

Przedstawiona poprzednio postać chorobowa, mianowicie *Ileitis regionalis non specifica,* uchodziła jakiś czas za schorzenie wyłącznie jelita biodrowego i to jego odcinka końcowego tak, że zastawka B a u h i n a miała być tą zaporą, poza którą ów proces zapalny o nieznanym tle nie mógł się przedostawać do jelita grubego. Jednakże wkrótce (1933 H a r r i s B e l l i B r u n n) stwierdzono, że zupełnie taki sam proces chorobowy może atakować nie tylko końcowy odcinek jelita biodrowego, ale równocześnie także i jakiś odcinek jelita czczego, *jejunitis regionalis* (regional jejunitis), względnie — biorąc pod uwagę obecność równoczesnej *ileitis regionalis* — zachodzić może i *enteritis regionalis* (regional enteritis). W dalszym ciągu pokazało się, że zastawka B a u h i n a nie jest taką bezwzględną zaporą dla przenoszenia się tego procesu z jelita biodrowego na okrężnicę, gdyż w ostatnich latach opisano kilkanaście przypadków (C o l p 1934, B r o w n 1934, C r o h n i R o s e n a k 1936) *ileitis regionalis* z równoczesnym zajęciem o cechach zapalno-wrzodziejących kątnicy i wstępnicy, a nawet i dalszych odcinków jelita grubego, przy czym cechy anatomopatologiczne, kliniczne i rentgenologiczne tego zespołu chorobowego przedstawiają wymienieni autorzy amerykańscy jako charakterystyczne; mianowicie **anatomopatologicznie** stwierdzamy w jelicie biodrowym zmiany, opisane jako typowe dla *ileitis regionalis,* a więc zmiany zapalne — przerostowo-wrzodziejące w jelicie biodrowym, w jelicie zaś grubym podobne zmiany występujące ogniskowo i poprzedzielane prawidłową błoną śluzową; z jelita grubego zajęta jest wstępnica, czasem i poprzecznica, podczas gdy zazwyczaj końcowe odcinki okrężnicy są wolne, jednakże w ciężkich przypadkach i one okazują zmiany.

W obrazie **klinicznym** przeważają zasadnicze ce-

chy *ileitis;* **początek** choroby jest przeważnie ostry, czasem gwałtowny z wysoką gorączką, bólami brzucha i biegunką miernego stopnia w postaci 2—3 wypróżnień na dobę; stolce są już to wodniste, czasem z domieszką krwi, niekiedy wyraźnie krwawe. Kiedy indziej początek choroby jest wolny, stopniowy. Sprawa przechodzi wkrótce w stan przewlekły, wiodąc do ogólnego wyniszczenia i niedokrwistości.

Przebieg choroby. Choroba może ustąpić samoistnie po miesiącach miejsca zupełnemu zdrowiu, częściej jednak zdarza się to dopiero po zabiegu chirurgicznym. Ważnym jest szczegół, że powstawanie przetok jest w tej połączonej postaci *ileitis et colitis* znacznie rzadsze niż w przebiegu czystej *ileitis regionalis.*

Czynnik etiologiczny jest tu zupełnie nieznany, podobnie jak i odnośnie do *ileitis regionalis,* gdyż także i tutaj wszelkie badania bakteriologiczne, serologiczne, biologiczne i histologiczne dały zupełnie ujemne wyniki; zaznaczyć trzeba jednak, że niektórzy, jak np. F e l s e n uważają, bez przytoczenia wszakże jakichkolwiek dowodów, że tak *ileitis regionalis,* jak i *ileitis* i *colitis* występujące równocześnie, są wyrazem zakażenia czerwonkowego; w związku z tym należy przytoczyć, że C r o h n i R o s e n a k uzyskali rzeczywiście w jednym przypadku dodatni odczyn zlepny z prątkami typu F l e x n e r i S o n n e.

Rozpoznanie różniczkowe musi uwzględnić przede wszystkim *colitis ulcerosa cryptogenes* oraz czerwonkę; dane przemawiające za *ileitis et colitis non specifica combinata* będą z jednej strony przeważające objawy *ileitis regionalis,* mianowicie przede wszystkim guz w okolicy prawego talerza biodrowego i ewentualnie objawy zwężenia końcowej części *ileum* względnie zastawki B a u h i n a; z drugiej zaś strony, w przeciwieństwie do *colitis ulcerosa cryptogenes,* będziemy tu mieli daleko słabszy współudział w obrazie chorobowym ze strony okrężnicy, mianowicie w pierwszym rzędzie bardzo łagodny na ogół stopień biegunek, mimo wysokiej nawet gorączki. Zmiany w okrężnicy stwierdzamy rentgenologicznie za pomocą wlewu barytowego względnie rektoromanoskopii przy niskim usadowieniu się sprawy chorobowej. Poza tym należy w rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić oczywiście, podobnie jak i odnośnie do odosobnionej *ileitis regionalis,* czerwonkę, nadto promienicę, gruźlicę, kiłę, raka, ziarniaka złośliwego i mięsaka kątnicy.

(c. d. nastąpi)

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Krakau

Krakau, den 12. August 1941.

Anordnung Nr. 32.

Betrifft: **Einheitliche Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte.**

Gemäss einer auf Grund des § 1 Abs. 2 der Verordnung über die Preisbildung im Generalgouvernement (Preisbildungsverordnung) vom 12. April 1940 (VOBl. GGP T. 1 S. 131) erteilten Ermächtigung des Leiters des Amtes für Preisbildung in der Regierung des Generalgouvernements ordne ich an:

1) Unter Aufhebung der diesbezüglichen örtlichen Bestimmungen werden die berufsmässigen Leistungen der Arzte und Zahnärzte nach einer einheitlichen Gebührenordnung abgegolten.

2) Als einheitliche Gebührenordnung für den gesamten Bereich des Generalgouvernements im Sinne dieser Anordnung gilt die Gebührenordnung, welche im Amtsblatte der Gesundheitskammer „Gesundheit und Leben“ Nr. 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 vom Jahre 1940 veröffentlicht worden ist.

3) Die Mindestsätze dieser Gebührenordnung können bis auf weiteres um einen Zuschlag von 50% erhöht werden. Der sich so ergebende Betrag ist ein Höchstsatz, dessen Überschreitung gemäss § 6 der Preisbildungsverordnung strafbar ist.

4) Diese Anordnung tritt am Tage ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Der stellvertretende Leiter
Dr. K r o l l

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Kraków

Kraków, dnia 12 sierpnia 1941.

Zarządzenie Nr. 32.

Dotyczy: **jednolitej taryfy należytości lekarzy i lekarzy-dentystów.**

W myśl upoważnienia Kierownika Urzędu kształtowania cen w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, udzielonego mi na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia o kształtowaniu cen w Generalnym Gubernatorstwie z dnia 12. 4. 1940 (VOBl. GGP T. 1 S. 131) zarządzam:

1) Wprowadza się jednolitą taryfę należytości za zawodowe świadczenia lekarzy i lekarzy-dentystów, przy równoczesnym uchyleniu istniejących dotychczas przepisów lokalnych.

2) Jako jednolita taryfa, obejmująca teren Generalnego Gubernatorstwa, w myśl tego zarządzenia obowiązuje taryfa należytości, ogłoszona w piśmie urzędowym Izby Zdrowia „Zdrowie i Życie“ w numerach 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 z roku 1940.

3) Najniższe stawki tej taryfy wolno aż do odwołania podwyższać o dodatek 50-o procentowy. Przekroczenie tak podwyższonej stawki jest karalne po myśli § 6 rozporządzenia o kształowaniu cen.

4) Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w dniu jego ogłoszenia.

Stały Zastępca Kierownika
Dr. K r o l l

Druk: Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.